



**SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA
POR EL TITULAR MAYOR DE EDAD.**

NC-G-02-F01

Versión 3

ISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

Fecha de solicitud de historia clínica _____

Nombre del paciente _____

Identificado(a) con: **C.C** ☐ **C.E** ☐ **PA** ☐ Número: _____ De: _____

Solicitud de historia clínica: ☐ Completa ☐ Parcial, del día: DD _____ MM _____ AA _____

Observaciones: _____

Firma del solicitante: _____

N° de Documento _____ De _____

Dirección _____

Teléfono(s) _____

Correo electrónico _____

Debe anexar: copia del documento de identificación y Realizar la solicitud al siguiente correo:
hcneurocoop@gmail.com

Resolución 1995 de 1.999, Art. 14: "El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal". Ley 2015 de 2020. Crea la Historia clínica Electrónica interoperable. Art. 13°. Seguridad de la información y seguridad digital.

NEGACIÓN DE LA ENTREGA

La Historia Clínica solicitada no puede ser entregada, ya que dicha solicitud no cumple con los requisitos legales vigentes:

☐ No la solicita el titular Observaciones: _____

☐ Otra (especifique) Observaciones: _____

ENTREGA COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

V° B° de Comité de Historia Clínica NEUROCOOP S.A.S. _____

Nombre del responsable de la entrega en la IPS _____

RECIBO DE CONFORMIDAD (Sólo el Titular)

Nombre completo: _____ N° Documento: _____

Fecha de entrega _____ N° Folios _____

INSTRUCTIVO: Diligencie este formato cuando la historia clínica se solicite directamente por el paciente. // Si el paciente es menor de edad, discapacitado, o se solicita por un familiar de primer grado de consanguinidad o una entidad judicial por favor diligencie el formato NC-G-02-F03. // Si el titular de la historia clínica autoriza la entrega a un tercero, diligenciar el formato NC-G-02-F02.